Aus der Universitäts-Augenklinik Würzburg.
(Vorstand: Geheimrat Prof. Dr. F. Schieck).

Über totales Ektropium des Oberlides geheilt durch Ausschälung des Tarsus

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayer. Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Irmgard Dietrich

aus Schwiebus

1937

Druckerei u. Verlag wissenschaftlicher Werke Konrad Triltsch, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent:

Geheimrat Professor Dr. F. Schieck.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543527_0166

Unter Ektropium des Lides versteht man eine Umkehrung des ganzen Lides oder auch nur eines Lidteiles nach außen.

Um die Wirkungsweise der Ektropumbildung gut in den Einzelheiten zu übersehen, muß man sich die Gewebsanordnung in den Lidern vor Augen halten. Das Lid besteht im wesentlichen aus zwei Platten, einer hinteren, die durch das septum orbitale dargestellt wird und mit der Hinterfläche der Bindehaut fest verwachsen ist und einer vorderen Platte, die durch die Haut und die Muskelschicht des m. orbicularis oculi gebildet wird. Beide Platten sind nur am freien Lidrand fest miteinander verbunden, vom Rande ab wird ihr Zusammenhang der Fläche nach immer loser sodaß sie leicht verschoben oder voneinander getrennt werden können. Aber auch die beiden Schichten der vorderen Platte, die Haut und die Muskelschicht, sind ihrerseits ebenso durch lockeres, fettloses, sehr dehnungsfähiges Bindegewebe verbunden. Welcher Dehnung dieses Gewebe fähig ist, beweisen die auffallend starken Oedeme, die durch verhältnismäßig geringfügige Ursachen hervorgerufen werden können. Im Gegensatz dazu sind die beiden Teile der hinteren Platte — in Ausdehung des Lidknorpels — unlöslich miteinander verbunden. Vom konvexen Rande des Tarsus ab trennt sie die Bindehaut, die Übergangsfalte bildend, von ihrer Unterlage, während Tarsus und Lidbänder gewissermaßen als Verstärkung der Fascia tarsoorbitalis sich in das Septum orbitale einfügen.

Die normale Lidstellung hängt ab von der elastischen Spannung der bindegewebigen Teile, von der Straffheit der muskulären Elemente und von der besonderen Architektur des Randteiles. Vermindert sich die Elastizität der Haut im Alter oder durch irgendwelche krankhaften Erscheinungen (Oedem und dergl.), so besteht die Gefahr eines Abwärtssinkens und Auswärtsdrehens des Lides. Abnehmende Steifheit des Lidknorpels und Nachgiebigkeit der Fascia tarsoorbitalis führt ebenfalls zu Ektropionierung des Lides. Der Lidteil des m. orbicularis drückt die hintere Lidplatte fest an den Bulbus, der Horner'sche Muskel tut dasselbe für den Lidrand, zugleich schließt er die Lidspalte, indem er die Ränder beider Lider aufeinander drückt, sodaß sie sich gegenseitig stützen und die rechtwinklige Form der hinteren Lidkante ausprägen. Verliert nun der Orbicularis seine Spannkraft, so lockert sich der Zusammenhang zwischen vorderer und hinterer Lidplatte. Gesellt sich dazu noch Schlaffheit der bindegewebigen Teile, so

nehmen die beiden Platten eine Winkelstellung zu einander ein und das Ektropium tritt in Erscheinung.

Die Ektropien bestehen nun stets in einer Auswärtskehrung der hinteren Lidplatte. Beim Unterlid wird meist der ganze hier nur außerordentlich schmale Lidknorpel auswärts gekehrt, während beim Oberlide auch nur ein Teil des sehr breiten Lidknorpels umgedreht sein kann. Ist aber nicht nur der ganze Knorpel, sondern auch ein Teil oder die ganze tarsoorbitale Fascie mit umgelegt so spricht man von Ektropium totale. Der Lidrand wird bis über den Orbitalrand hinausgezerrt, sodaß sich die beiden Lidplatten erst spitzwinklig dann mehr und mehr stumpfwinklig stellen und schließlich eine Ebene bilden, in der der Lidrand mit den spärlich gewordenen Wimpern nur noch die Grenze betont, wo Schleimhaut und Cutis aneinanderstoßen.

Welches sind nun die Ursachen, die zum Ektropium des Lides führen?

1. Zug an der vorderen Lidplatte.
   Narbenektropium.
2. Erschlaffung des Lidrandes durch Weichheit und Ausdehnung des Tarsus.
   E. senile, E. paralyticum, Wischektropium, E. bei Entzündungen.
3. Druck auf den Lidrand von hinten oder Zug am konvexen Knorpelrand gegen die Lidspalte.
   E. spasticum, E. mechanicum.

1. Narbenektropium.

Unter Narbenektropium im eigentlichen Sinne versteht man solche Fälle, bei denen unabhängig von irgendwelchen Affektionen des Lidrandes oder der Bindehaut Narben der äußeren Haut einen Zug auf den Lidrand ausüben. Je nachdem ob es sich nun um ein Narbenektropium des Unter- oder Oberlides handelt, führt die narbige Verkürzung zu einem Herunter-, bzw. Heraufziehen des Lides. Wegen seines stärker entwickelten Tarsus, der einem Zug einen besseren Widerstand zu leisten vermag, kommt ein Narben-Ektropium am Oberlid nicht so häufig vor wie am Unterlid. Auch muß beim Oberlid im Vergleich zum Unterlid infolge der reichlicher vorhandenen Haut eine viel wesentlichere Verkürzung eintreten, um eine Ektropionierung zu bewirken. Krankheiten der Lider mit Gewebsdefekt derselben und der benachbarten Gesichtshaut wie Carcinom, Sarkom, Lupus, Syphilis, An-

thrax, Gangraen, Erysipel, Ekzem, Ichtyosis, tuberkulös. Knochenerkrankung der Augenhöhlenränder und ihrer Umgebung, Fistelbildung, Verletzungen, Verätzungen, Verbrennungen können zu einem Narbenektropium führen. Meist entsteht das Narbenektropium aber nicht durch das vernarbte Lid selbst, sondern infolge der durch den Defekt narbig verkürzten Gesichtshaut. Gerade bei lupösen und syphilitischen Zerstörungen der Lid- und Gesichtshaut kommt es zu den höchsten Graden von Ektropium.

2. a) Ektropium senile.

Die normale Lidstellung ist gebunden an eine gewisse Straffheit der Lidgewebe, die im Alter mehr oder weniger nachzulassen pflegt. Der Lidknorpel wird dünner und weicher, die äußere Haut verliert ihre Spannung, die Fascia tarsoorbitalis büßt ihre Elastizität ein und der m. orbicularis wird schlaff. Dadurch ist das Gleichgewicht zwischen der normalen Spannung der Gewebe und dem Tonus des m. orbicularis gestört, und durch alle diese Einzelheiten leidet der Lidschluß. In der Lidspalte sammelt sich die Tränenflüssigkeit, die bei dem altersmüden Lidschlag nicht mehr so vollständig wie beim jugendlichen Auge in die Tränenwege abgeführt wird. Mit der stagnierenden Flüssigkeit verweilen auch mechanische und bacterielle Verunreinigungen länger im Bindehautsack, sodaß es zu einer chronischen Entzündung des Lidrandes und der Bindehaut kommt. Außerdem führt die Gewohnheit der alten Leute an den Augen herumzuwischen, zu einer Dehnung des wenig widerstandsfähigen Lidrandes und zu Ektropiumbildung. Die über das Unterlid herabträufelnde Bindehautflüssigkeit führt zu einer ekzematösen Spannung der Haut und damit zu einer Verstärkung des Ektropiums.

b) Ektropium ekzematosum s. scrofulosum.

Diese Form tritt meistens bei jugendlichen skrofulösen Menschen auf und ist die Folge einer langjährigen Blepharitis ulcerosa mit Zerstörung des Wimpernbodens. Es befällt meist das Unterlid. Bei katarrhalischen Formen spielt allerdings das Oberlid eine unterstützende Rolle, indem es im entzündeten Zustand tiefer herabhängt und die Erschlaffung des unteren Lides erhöht. Die Beteiligung der Lidhautfläche an der ekzematösen Erkrankung kann zu Verkürzung und Anspannung der Haut führen, ein Zustand, der in das schon oben besprochene Gebiet des Narbenektropiums überleitet.

c) Ektropium paralyticum.

Durch Lähmung des N. Facialis entsteht zugleich mit dem Unvermögen des Lidschlusses ein Herabsinken des unteren Lides. Wenn dieser Zustand eine Zeit lang bestanden hat, hebt sich der Lidrand vom Auge ab und dreht sich nach außen.

3. a) Ektropium spasticum.

Es verlangt als Vorausetzung einen intakten, gut arbeitenden Schließmuskel und einen weichen Tarsus und bildet sich deshalb meist bei kleinen Kindern der ersten Lebensjahre oder bei alten Leuten, weil bei beiden der Lidknorpel weich und nachgiebig ist; auch die trachomatöse Erweichung des Tarsusgewebes begünstigt diesen Zustand. Die meisten Fälle von E. spasticum sind die bei akuten Entzündungen, z. B. Blennorrhoea neonatorum, Conjunctivitis und Keratitis scrofulosa. Zuerst kommt es zu einer starken Schwellung und Hyperaemie der ganzen Lidbindehaut, was zu einer Abrundung der inneren Lidkante und damit zu einer Schwächung des Horner'schen Muskels führt. Bei krampfartigem Lidschluß kommt es dann entweder gleich zu Ektropium, indem sich die Lidränder schnauzenartig aneinander vorbeischieben oder es bildet sich zunächst primär ein Entropium. Sobald dann aber ein Zug in der Lidhaut entsteht, schnappt das Entropium in Ektropium um. Dieser Zug kann ganz allmählich durch Verkürzung der Lidhaut eintreten oder plötzlich, um die krampfhaft geschlossenen Lider zu öffnen. Bei alten Leuten mit noch gut erhaltener Lidmuskulatur schließt sich des E. spasticum gelegentlich an chronisches Tränenträufeln an. Der Reiz auf die beim Wischen bloßgelegte Haut löst einen Lidkrampf aus und der senile Tarsus dreht sich um.

b) Ektropium mechanicum.

α. Am Unterlide entstehen diese Ektropien durch Geschwülste an der Lidkante, an der Bindehaut oder im Knorpel. Das Wachstum dieser Tumoren bewirkt zunächst eine Hervorwölbung, dann aber durch ihr Gewicht eine Umkehrung des Lidknorpels nach außen.

β. Am Oberlid entseht das mechanische Ektropium durch eine von der Hinterfläche des Lides ausgehende Geschwulst. Die schweren Massen der Geschwulst üben auf die Unterlage einen Zug aus, die Fascia tarsoorbitalis wird gedehnt und der Knorpel kehrt sich infolgedessen um.

In diese Gruppe der Ektropien aus mechanischen Ursachen gehört auch das Ektropium, das nicht selten nach Enucleationen auftritt, wenn kein oder ein zu kleines Glasauge getragen wird. Es fehlt dadurch das geeignete Widerlager und dieser Mangel läßt das Lid nach außen fallen. Auch Hervortreten des Augapfels kann zu leichterer oder schwererer Ektropionierung führen, z. B. Basedow und andere Formen von Exophthalmus, Auftreibung der Cornea oder Sclera in Form von Staphylomen oder durch Tumoren. Über die Lokalisation möchte ich zusammenfassend sagen:

Mechanisches Ektropium
Spastisches Ektropium
Narben-Ektropium
} wurden sowohl am Ober- wie am Unterlied beobachtet.

Seniles Ektropium
Paralytisches Ektropium
} sind nur am Unterlid lokalisiert.

Die Umkehrung des Lides nach außen ist bei allen Formen von Ektropium mit gewissen Symptomen verbunden, die teils Folgen davon sind, teils die Veranlassung dazu geben.

1. Die Verlängerung des Lidrandes.

Sie ist je nach dem Grade des Ektropiums eine verschiedene, kann nur eine augenblickliche also reponible oder — was meist der Fall ist — eine bleibende oder irreponible sein.

2. Störung in der Tränenableitung

dadurch, daß der Lidrand infolge Ausdehnung dem Augapfel nicht mehr eng anliegt. Es kommt zu Tränenanstauung im Tränensee und zu Tränenträufeln.

3. Das umgestülpte Lied erscheint wie ein großer roter Schleimhautwulst. Die Bindehaut ist hyperaemisch, stark geschwollen und zeigt bei längerer Dauer des Ektropiums Borkenbildung, die manchmal so fest haften, daß es bei der Entfernung zu einer oberflächlichen Blutung kommt. Je länger dieser Zustand dauert umso mehr verliert die Bindehaut den Charakter einer Schleimhaut, sie wird glanzlos und trocken.

Die Entstehung der Entzündung ist umstritten. Entweder ist sie vor Auftreten des Ektropiums da und das Ektropium eine Folge der Entzündung oder es bildet sich zunächst ein Ektropium und die der Luft ausgesetzte Schleimhaut reagiert mit Entzündung.

4. Über die Histologische Untersuchung des Ektropium-Lides liegen wenig Berichte vor.

Aubaret, Rouslacroix und Herrmann berichten über den histologischen Befund bei Ektropium senile: Die Epithelien der Bindehaut sind geschwollen und durch Oedem aufgelokkert. Die Epithelien sind vermehrt, sodaß sie eine dicke Schicht bilden. An den freiliegenden Stellen hat die Bindehaut ein bleiches

Aussehen wie die Oberhaut; es entsteht jedoch kein Keratin. Die Schleimzellen verschwinden. Es tritt Akanthose und starke Verlängerung der Epithelzapfen ein, die ein Netzwerk von Epithelsträngen zur Folge haben. Die entzündliche Durchsetzung mit Zellen geht stellenweise bis tief ins conjunctivale Gewebe hinein. Die Ausführungsgänge der Meibom'schen Drüsen sind meist erweitert.

Ricciardi fand an der Bindehaut des Ektropium-Lides ausgedehnte Zerstörungen des Epithels mit tiefer Infiltration der Schleimhaut, Verwaschenheit der Drüsen und kleinzellige Anhäufungen von leucocytären und plasmacellulären Elementen im Corion, namentlich um die Gefäße. Entlang des Lidrandes war die Bindehaut stark verhornt, die Muskelfasern erschienen getrübt und geschwollen. Die übrigen Schichten waren unverändert. Durch die normale Funktion des Riolani'schen Muskels wird der Lidrand fest an den Augapfel gelegt. Ricciardi fand nun, daß gerade diese Schicht beim Ektropium nach histologischen Befunden am meisten geschädigt war. Dadurch überwiegt die elastische Spannung des Horner'schen Muskels und des dem m. orbicularis oculi zugehörigen Wangenteils, was die Drehung des Lides nach außen zur Folge hat.

Kümmel gibt an, daß bei Ektropium das Epithel gewuchert und die Bindehaut stark entzündlich durchsetzt ist.

E. v. Wolfring hat an Präparaten von Ektropium sarcomatosum folgende Gewebsveränderungen feststellen können: Das Epithel der Conjunktiva ist erheblich verbreitert, mit zahlreichen Wanderzellen durchsetzt. Die Grenze zwischen Tarsus und Conjunctiva ist infolge der kleinzelligen Infiltration verschwommen. Die Bindegewebsfasern des Tarsus sind ebenfalls durch Infiltration auseinandergedrängt. Der orbitale Teil des Tarsus ist geschwollen und halbkugelartig vorgewölbt. Das ganze Gebiet des geschwollenen Tarsus besteht aus kleinen durch stark infiltrierte Bindegewebsscheiden getrennte Läppchen der Tarsoconjunctivaldrüsen, deren Ausführungsgänge auf der Conjunctivalfläche münden. Die kleinen Läppchen sind Zellanhäufungen von epithelialem Charakter, die größeren mehr gitterartige Bildungen und Übergänge von den kleinen soliden Zapfen; die durch diese Läppchenbildung entstandenen Wandungen sind stark verdickt und die Lücken selbst sind leer oder mit einer körnigen Masse gefüllt, in der man noch zellige Bestandteile nachweisen kann. Die Meibom'schen Drüsen scheinen erhalten zu sein. Später hatte Wolfring auch Gelegenheit Ektropien der Oberlider histologisch zu untersuchen. Er fand dabei dasselbe wie an den unteren Lidern, nämlich daß die Schwellung des Tarsus von den auf der Conjunctiva ausmündenden Drüsen ausgegangen ist.

Therapie.

Die Therapie des Ektropiums ist uralt. Aus dem griechischen Kanon der Augenheilkunde von dem Herophileer Demosthenes (1. Jahrhundert nach Chr.) geht hervor, daß schon die alten Griechen die operative Behandlung des Ektropiums empfohlen haben. Im alten Rom war es Celsus, der mit einem dünnen Glüheisen das Ektropium angeht. Etwa 100 Jahre später erfand Antyllus die lambda-förmige Ausschneidung aus der Innenfläche des Lides, die Aetius in seinem Buch: *χαιρουργία ἐκτροπίου Ἀντύλλου* der Nachwelt überliefert hat. Ausgeführt wurden diese Operationen nur am Unterlid. Die Ektropien der oberen Lider waren — nach Ansicht der alten Griechen — unheilbar. Zur Zeit des Fabricius ab Aquapendente (um 1600) wurde die Operation des Antyllus als grausam abgelehnt. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts bestand die Behandlung darin, die Schleimhautfalte einfach mit dem Messer oder der Schere abzuschneiden. Adams (1812) erinnerte sich der alten Methode des Antyllus und schnitt mit einer Schere ein V-förmiges Stück aus dem Lid heraus. In den folgenden Jahren sind zwar die Operationsmethoden durch Männer wie Czermak, Kuhnt und Szymanowski erheblich verbessert worden, aber es muß hervorgehoben werden, daß zur Zeit des Antyllus vor mehr als 1700 Jahren schon fast ebenso operiert wurde wie in unserer heutigen Zeit. Je nach dem Grad der Auswärtskehrung des Lides unterscheiden wir zwei verschiedene Behandlungsarten.

1. Die medicamentöse Therapie.

Nur akute, frische Ektropien mit geringer Ausdehnung können durch diese Behandlung zur Abheilung gebracht werden, indem man den zu Grunde liegenden Entzündungszustand beseitigt. Mit 2% Argentum nitr., Suprarenin oder auch Kältebehandlung hat man gute Erfolge erzielt. Terson behandelt leichte Fälle von Ektropium mit submucösen Injektionen von „double chlorhydrate of quinine and five percent urea".

2. Die operative Therapie.

Alle höheren Grade von Ektropium sei es nun ein seniles, paralytisches, Narben- oder mechanisches Ektropium können nur operativ behandelt werden, um einen Dauererfolg zu erlangen. Je nach der Entstehung des Ektropiums kann man die Operationen in 3 große Gruppen einteilen.

1. Operationen, welche die Lidranderschlaffung beseitigen wollen.

2. Operationen, die eine Rückdrehung des Lidknorpels durch Beseitigung des Zuges in der vorderen Lidplatte erzielen wollen.

3. Operationen, die eine Rückdrehung des Tarsusknorpels erzielen wollen durch Ausschneidung eines Teiles oder des ganzen Tarsus oder durch Verschorfung der Bindehaut.

I.

In diese Gruppe gehören die frischeren und leichteren Fälle, wo die Stellungsanomalie noch zu keiner anatomischen gröberen Veränderung des Lides geführt hat.

a) Die alte Methode der Snellen'schen Naht. Von der ektropionierten Bindehautfläche werden zwei doppelt armierte Fäden unter der Haut bis zum Orbitalrand geführt, ausgestochen und so fest gezogen, daß das umgestülpte Lid in seine ursprüngliche Lage zurückgedreht wird. Die Snellen'sche Naht findet Anwendung bei den leichten Formen von Ektropium, nach Entzündungen der Bindehaut und des Lidrandes, bei Epiphora, bei Ektropium aus mechanischen Ursachen und bei schweren Fällen von spastischem Ektropium. Eine Dauerheilung kann man jedoch mit dieser Methode nicht erzielen. Nach heutiger Auffassung ist der Zweck der Naht, die Lider so lange in natürlicher Stellung zu halten, bis das Grundleiden in der Hauptsache beseitigt ist; daneben kommt sie gelegentlich in Betracht, um andere Operationen in ihrer Wirkung zu unterstützen.

b) Eine weitere Methode, die Lidranderschlaffung zu beseitigen, ist die Szymanowski'sche Operation, die darin besteht, daß am lateralen Augenwinkel ein Hautdreieck herausgeschnitten wird. Die Wundränder werden dann so miteinander vernäht, daß eine Verkürzung und gleichzeitige Hebung des Lides erreicht wird.

c) Auf der Spaltung des Lides in ganzer Ausdehnung in seine zwei Blätter und der Verlagerung beider in dem Sinne, daß das äußere Blatt gehoben, das innere Blatt gesenkt wird, beruht die Methode von Kuhnt. Er empfiehlt das Verfahren für die schwersten Fälle von Blepharitis-Ektropium.

b) Ferner gehören hierher die als „Tarsorhaphie" bezeichneten Eingriffe. Sie eignen sich besonders für Fälle mit nur teilweisem Ektropium. Für den inneren Lidwinkel kommt die mediale Tarsorhaphie von Arlt in Betracht, für den äußeren die Methode nach Elschnig. Die Lidhaut wird am Lidrand emporgehoben und der Knorpel dadurch gerade gestreckt. Diese Operation beschränkt sich nur auf geringgradige Fälle von Ektropium.

II.

Operation gegen das Narben-Ektropium.

Die erste Frage ist: Wann ist der günstigste Zeitpunkt für eine solche plastische Operation?

Da, wo sich das Narbenektropium aus einem entzündlichen oder Schlaffheitsektropium entwickelt hat, bedarf es natürlich keines Aufschubes. Hier wird ja zugleich mit der Hebung der Stellungsanomalie des Lides auch die Ursache der Narbenbildung beseitigt. Bei Verletzungen, Verätzung und Verbrennungen wartet man mit dem kosmetischen Eingriff ab bis sie vernarbt sind. Die Fälle bei Fisteln des Augenhöhlenrandes fordern besondere Geduld, da man keinen plastischen Eingriff vornehmen kann, solange nicht jede Absonderung aufgehört hat.

Die Behandlung setzt sich aus zwei Teileingriffen zusammen:

1. subcutane Durchtrennung der Narbenstränge oder auch Excision der Narben, um das Lid freizumachen und es in die richtige Stellung zu bringen.

2. Deckung des Defektes durch gestielte Hautlappen, entnommen aus der Umgebung der Wunde oder anderen Körperteilen (z. B. Arm) oder durch Pfropfung ungestielter Lappen (nach Thiersch).

III.

a) Seit alters her war die Therapie der auswärtsgekehrten Bindehaut die Verschorfung mit Höllenstein, Paquelin und mit dem elektrischen Brenner. Dadurch wurde eine narbige Verkürzung und durch die Narben eine Einwärtskehrung des Lides bewirkt.

b) Adams schneidet aus der ganzen Dicke des Lides ein keilförmiges Stück und vernäht die Wundränder. Durch den Zug der quer durchschnittenen Muskelbündel an den Hautwundrändern ist die Gefahr eines secundären Lidkoloboms sehr groß.

c) Tontscheff schlägt für die Ektropium-Behandlung eine Operation vor, die als vollkommen neu gelten darf. Wie bei der Tränensackexstirpation wird nasal ein bogenförmiger Schnitt gemacht. Bei der Wundvernähung werden aber die Fäden im Gegensatz zur Exstirpatio sacci lacrimalis schräg zur Schnittrichtung gesetzt. Besonders das Ektropium senile mittleren Grades und die Fälle von Blepharitis, wo das Ektropium nicht allzu groß ist, kommen für diese Operationsart in Betracht. Tontscheff hält seine Methode insofern den anderen überlegen als sie sehr leicht und

daher auch in der Sprechstunde auszuführen ist, und weil das kosmetische Ergebnis ein ganz ausgezeichnetes ist.

d) Kuhnt gibt folgende Methode an: Man schneidet aus Knorpel und Conjunctiva des ektropionierten Lides ein Dreieck heraus und vernäht die marginalen Ränder miteinander. Kuhnt hat diese Methode eigentlich nur für ganz geringgradige Ektropien angegeben. Wegen der guten Dosierbarkeit eignet sie sich auch für schwere Formen von Ektropium senile und paralyticum. Nur bei starker Verkürzung der Haut oder bei wirklichem Narbenektropium genügt diese Modifikation nicht, wohl aber in Verbindung mit plastischen Operationen. — Allerschwerste Formen von Schlaffheitsektropium kann man durch ein kombiniertes Verfahren nach Szymanowski-Kuhnt beseitigen.

e) Tarsusausschälung.

Unter Tarsusexstirpation versteht man die vollständige Losschälung des knorpeligen Teils der hinteren Lidplatte aus dem Verbande des Lides. Diese Methode zur Beseitigung eines totalen Ektropiums wandte Schieck an.

An Hand einer Krankengeschichte möchte ich auf diese erfolgreiche Therapie des Ektropium totale etwas näher eingehen.

„Am 9. 1. 1935 kommt der 62jährige L. H. in die Würzburger Augenklinik. Er gibt an, daß er früher nie augenkrank gewesen sei, daß aber seit 6—7 Wochen seine Augen ziemlich gerötet und entzündet seien und stark eitern. Allmählich habe sich dann eine Wucherung auf der Lidbindehaut rechts entwickelt, so daß sich das Lid nach außen umgestülpt habe. Die Wucherung sei vor 3 Wochen von einem auswärtigen Arzte operativ beseitigt worden. Die Umstülpung des Lides habe sich aber danach — so sagt der Patient — noch erheblich verstärkt. Wegen der starken Beschwerden, die durch die Eitersekretion, das Tränen und die Lichtscheu hervorgerufen seien, suche der Patient die Klinik auf." Eine eingehende klinische Untersuchung ergibt folgendes:

Entzündliche Rötung und Schwellung der Lidbindehaut beiderseits, die mit Eiter und dicken Krusten belegt ist.

Das rechte Oberlid ist sehr stark ektropioniert und die auswärtsgekehrte Lidbindehaut ist entzündlich geschwollen und mit Eiter und dicken Borken bedeckt.

Die Conjunctiva bulbi ist beiderseits stark gemischt injiciert, die Cornea zeigt starke (3 mm) Gefäßeinsprossung und ist mit Fluorescein pos. Stippchen übersät. Sensibilität völlig aufgehoben.

Iris beiderseits reizlos.

Abstrich: Diplobacillen teils Gram +, teils gram — (keine Go).

Visus zurückgestellt.

Diagnose: Ektropium totale des rechten Oberlides, Keratoconjunctivitis beiderseits.

Hier entstand wohl das Ektropium als Folge einer vorhergegangenen Entzündung, die noch unterhalten wurde durch dauernden mechanischen Reiz von seiten des Patienten. Es bildete sich nun infolge der dauernden Reizung eine Bindehautwucherung, die schließlich infolge der Schwere und des Zuges der Wucherung nach unten zu einer Auswärtskehrung des Lides führte. Schließlich entwickelte sich eine ziemlich erhebliche Infektion, die zu Krusten- und Eiterbildung führte. Um eine erfolgreiche Therapie des Ektropiums einleiten zu können, mußte also erst die Entzündung — das Grundübel — beseitigt werden. Dies geschah mit Noviform-Scopolamin-Salbe.

Am 12. 1. 35 ließ schon die Sekretion nach und am 19. 1. 35 war die entzündete Bindehaut des Lides soweit geheilt, daß zur Tarsektomie des Oberlides geschritten werden konnte.

Schon zwei Tage nach der Operation wird eine viel bessere Lidstellung festgestellt.

Fünf Tage nach der Tarsektomia totalis werden die Fäden entfernt.

Der operative wie der kosmetische Erfolg ist ganz ausgezeichnet. Das rechte Oberlid liegt dem Augapfel gut an, das Auge selbst kann geschlossen werden. Es besteht nur noch eine leichte Blepharoconjunctivitis mit mäßiger Sekretion.

Am 2. 2. 35 wird der Patient mit Noviformsalbe geheilt entlassen.

Auch andere Autoren haben mit der Tarsusausschälung als Therapie für das Ektropium viel Erfolg zu verzeichnen gehabt.

Kugel (1900, 1913) schälte bei Ektropium des Lides den ganzen Knorpel heraus und hielt diese Methode für sehr überlegen der Kuhnt-Szymanowski'schen Operation. Er selbst rühmte folgende Vorzüge: „Dadurch, daß nur der Knorpel herausgeschnitten wurde und die Bindehaut unverletzt blieb, heilte sie gut auf der Muskelschicht an; es fand keine Verkürzung des Conjunctivalsackes statt. Sofort nach der Entfernung des Tarsus stellte sich das Lid in die normale Lage. Ein weiterer Vorzug war der, daß die Verdickung des Lides, außer der Lidrandverlängerung das hervorstechendste Symptom des Ektropiums, dadurch beseitigt wurde. Das vom Tarsus befreite Lid verkleinerte sich meist in ganz kurzer Zeit."

Axenfeld (1907) gibt als beste Ektropiumbehandlung, namentlich bei alten Fällen die Tarsektomia totalis — allerdings kombiniert mit der Kuhnt-Szymanowski'schen Methode — an. Er

geht von dem Grundsatz aus, daß eine Erhaltung des pathologisch schwer geschädigten Tarsusknorpels zwecklos ist, da er wegen seiner entzündlichen Verdickung und Erweichung auch nach geglückter Reposition sich leicht von neuem auswärts dreht. Durch die Exstirpation des Tarsus wird auch das Gewicht des Lides verringert und ein besseres Anschmiegen an den Bulbus erzielt. Ferner wird durch die Tarsektomie die Blepharitis auffallend günstig beeinflußt; nach der Operation ist die Besserung der entzündlichen Veränderungen augenfällig.

François führt am Unterlid eine solche Tarsektomia totalis aus zur Beseitigung des entzündlichen Ektropiums, er legt aber keine Nähte an. Nach 8 Tagen erfolgt eine völlige Heilung und Beseitigung des Ektropiums. François operierte auf diese Art drei Fälle mit Erfolg.

de Jaeger hat bei senilem Ektropium mit chronisch entzündeter und hyperämischer Bindehaut ausgezeichnete Erfolge erzielt durch Kombination der Kuhnt-Szymanowski'schen Methode mit totaler Tarsektomie.

Alexander schlägt ebenfalls bei kompliziertem Ektropium die Tarsektomie vor und ist mit seinen Operationsergebnissen sehr zufrieden.

Zum Schluß möchte ich noch Dr. Barrada (Ägypten) erwähnen. Er selbst bestätigt: „In my operations J got five of such granulations; J simple sniped them off. The mere removal of the distorted cartilage cures the conditions of ectropion or entropion."

Barrada nennt diese Operation „combined excision operation", die indiziert ist bei: spastisches Ektropium, Ektropium trachomatosus sowie bei Trichiasis, Entropium und Trachom.

Zusammenfassung.

Man erreichte somit durch die geschilderte einfache Operation der Knorpelausschälung Erfolge wie sie besser auch nicht bei der an den meisten deutschen Augenkliniken gehandhabten Operationsmethode nach Szymanowski-Kuhnt erzielt werden. Wenn man ferner bedenkt, daß Recidive bei dem Verfahren nach Szymanowski-Kuhnt keine Seltenheit darstellen was bei den in der Literatur geschilderten Fällen von Knorpelausschälung so gut wie nie beobachtet wurde, so glaube ich mit Recht der Operationsmethode der Tarsusausschälung wenigstens für einen bestimmten Teil der Fälle von Ektropium, wobei in erster Linie das senile Ektropium zu nennen wäre, ein Wort sprechen zu dürfen. Immer wird diese Operation dem messergeübten Ophthalmochirurgen einer Augenklinik vorbehalten bleiben müssen; denn nur unter erfahrenen Händen ist ein Erfolg gewährleistet. Der Augenarzt in der Praxis dagegen wird zweckmäßiger die Keilexcision (evt. die doppelte Keilexcision, wie sie von Müller angegeben wurde) zur Methode seiner Wahl machen.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Schieck für Überlassung des Themas und Übernahme des Referats sowie für die gütigst erteilten Ratschläge meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur

Alexander: An operation for aggravated ectropion, Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie XXV, 495.

Adams: Practo. observ on ectrop. London.

Axenfeld: Tarsusexstirpation zur Operation des Blepharitisektropiums und der Madarosis. Bericht der Ophthalm. Ges. Heidelberg.

Czermak: Die augenärztlichen Operationen.

Duverger: Ectropion et entropion séniles. Zentralblatt f. d. ges. Ophthalmologie. XXII, 539.

Elschnig: Augenärztliche Operationslehre.

Francois: L'ectropion inflammatoire et son traitement par l'excision tarso-conjunctivale totale. Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie. XXXI, 311.

Haab: Augenoperationslehre.

Henke-Lubarsch: Handbuch der spez. Pathologischen Anatomie und Histologie. II. Teil.

Hirschberg: Der griechische Kanon der Augenheilkunde. Archiv für Ophthalmologie. Bd. 97, 301.

de Jaeger: L'extirpation du tarse dans l'ectropion sénile. Zentralblatt f. d. ges. Ophthalmologie. XXIX, 374.

Kuhnt: Ueber die Behandlung hochgradiger Fälle von Blepharitis-Ektropium. Zeitschrift für Augenheilkunde. XX, S. 142.

Kugel: Ueber die Beseitigung der ungenügenden Adaptation nach der Operation der Knorpelausschälung. Archiv für Ophthalm. XXXVIII, 442.

Kugel: Ueber Knorpelausschneidung gegen Ektropium senile. Graefes Archiv LXXXIV, 79, 199.

Meller: Augenärztliche Eingriffe.

v. Michel: Krankheiten der Augenlider.

Ricciardi: Contributo allo studio dell' ectropion senile delle palpebre. Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie, XVIII, 875.

Schieck-Brückner: Handbuch der Ophthalmologie. III.

Schreiber: Die Krankheiten der Augenlider.

Spaeth: Newer Methods of ophthalmic plastic surgery.

Szymanowski: Handbuch der operativen Chirurgie.

Terson: Traitement de l'ectropion sénile. Archiv für Ophthalmologie.

Tontscheff: Eine neue Operationsart des Ectropiums des unteren Augenlides. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, LXX, 675.

Lebenslauf.

Am 13. Mai 1911 wurde ich, Irmgard D i e t r i c h , zu Schwiebus als Tochter des staatlich geprüften Dentisten Paul Dietrich und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Schulz, geboren. Ich besuchte von 1917 bis 1920 die Mittelschule in Schwiebus, sodann bis 1930 das Realgymnasium in Schwiebus, wo ich am 24. Februar 1930 das Zeugnis der Reife erwarb.

Anschließend widmete ich mich dem Studium der Medizin. Die vorklinischen Semester verbrachte ich in Innsbruck, Berlin und Breslau und legte im Wintersemester 1932/33 in Breslau die ärztliche Vorprüfung ab. Die klinischen Semester verbrachte ich in Breslau, Freiburg und Würzburg und ich beabsichtige Ende des Wintersemesters 1935/36 in Würzburg das Staatsexamen zu machen.

Ehrenwörtliche Versicherung.

Hiermit versichere ich ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der darin angeführten Literatur keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

W ü r z b u r g , im November 1935.